

**DANIEL MELLO**

**ANÁLISE DO IMPACTO DA QUALIDADE DE VIDA DOS  
INTEGRANTES DO GRUPO TERAPÊUTICO DE  
DIABÉTICOS E HIPERTENSOS DO CENTRO DE SAÚDE  
SACO GRANDE II**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal  
de Santa Catarina, para conclusão de Curso de  
Graduação em Medicina**

**Florianópolis**  
**Universidade Federal de Santa Catarina**  
**2004**

**DANIEL MELLO**

**ANÁLISE DO IMPACTO DA QUALIDADE DE VIDA DOS  
INTEGRANTES DO GRUPO TERAPÊUTICO DE  
DIABÉTICOS E HIPERTENSOS DO CENTRO DE SAÚDE  
SACO GRANDE II**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal  
de Santa Catarina, para conclusão de Curso de  
Graduação em Medicina**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Ernani**

**Orientadora: Dra. Renata Borges**

**Florianópolis**

**Universidade Federal de Santa Catarina**

**2004**

Mello, Daniel.

Análise da qualidade de vida dos integrantes do grupo terapêutico de diabéticos e hipertensos do centro de saúde saco grande II / Daniel Mello. – Florianópolis, 2004.

32p.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Santa Catarina – Curso de Graduação em Medicina.

1. Hipertensão. 2. Diabetes Mellitus. 3. Cuidados Primários de Saúde

# DEDICATÓRIA

A minha avó Rosa Rabelo da Silva, que não está mais entre nós, mas que foi um exemplo brilhante de vida para todos que cruzaram seu caminho.

*"O mundo é grande e cabe  
nesta janela sobre o mar.  
O mar é grande e cabe  
na cama e no colchão de amar.  
O amor é grande e cabe  
no breve espaço de beijar".*

*(Carlos Drummond de Andrade)*

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de manifestar brevemente minha gratidão a todos aqueles que auxiliaram de alguma forma nesta minha ainda curta vida.

Sempre em primeiro lugar, aos meus pais Maria Isabel da Silva Mello e Marco Antônio Mello, que foram muito além dos deveres paternos e tornaram-se, acima de tudo, meus amigos.

A meus irmãos, Thaísa Mello e Rodrigo Mello, agradeço pelas brigas, confusões, brincadeiras e alegrias compartilhadas. Em especial a Thaísa por me lembrar que eu estou certo somente na maioria das vezes, mas não em todas.

## **RESUMO**

**Introdução:** Diabetes Melittus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) constituem duas das mais prevalentes doenças crônicas da atualidade. Os centros de atenção primária são os grandes responsáveis pela assistência médica dos indivíduos portadores destas patologias.

**Objetivos:** Avaliar a qualidade de vida dos pacientes portadores de HAS e DM participantes dos grupos terapêuticos operativos do Centro de Saúde Saco Grande II (CSSGII). **Método:** Em um estudo analítico do tipo transversal, os pacientes portadores de HAS e DM participantes dos grupos terapêuticos operativos do CSSGII, foram entrevistados e questionados quanto às repercussões da participação desses grupos em sua qualidade de vida. As informações foram obtidas por meio de entrevistas com os pacientes, através de gravação por áudio de suas declarações e por meio de pesquisa direta dos prontuários dos pacientes. Para determinar os fatores relevantes na qualidade de vida destes pacientes, foi elaborado um questionário baseado no instrumento de avaliação de qualidade de vida da organização mundial da saúde (WHOQOL-100). **Resultados:** A amostra foi composta de 11 indivíduos, sendo 72,7% do sexo feminino, 54,5% de etnia branca, com 72,7% dos pacientes com nível de escolaridade compatível com 1º grau. A idade média  $\pm$  DP =  $56,8 \pm 6,8$  anos. A totalidade dos pacientes acredita que a participação nas reuniões do grupo terapêutico teve um efeito positivo na sua qualidade de vida. A maioria (72,7%) acredita que o grupo exerce uma função social e de lazer importante. A totalidade dos pacientes acha-se mais apto a manter seu tratamento após a participação das reuniões do grupo. **Conclusões:** A participação nos grupos terapêuticos do CSSGII causou, na opinião dos pacientes, uma melhora na sua qualidade de vida, em diferentes aspectos.

**Palavras-chave:** Hipertensão, Diabetes Mellitus, Cuidados Primários de Saúde, Grupos Terapêuticos, Qualidade de Vida.

## SUMMARY

**Introduction:** Diabetes Mellitus (DM) and Sistêmica Arterial Hypertension (HAS) constitute two of the most prevalent chronic illnesses of the present time. The primary care centers are the great responsables for the medical assistance of the carriers of these patologys.

**Objectives:** To evaluate the quality of life of the participants of the operative therapeutical group of the Health Center Saco Grande II (CSSGII).

**Method:** In an analytical study of the transversal type, patient who are carriers of HAS and DM, participants of the operative therapeutical group of the CSSGII, were interviewed and questioned about the repercussions of the participation in these groups in theirs quality of life. The information was collected by means of interviews with the patients, through audio records of their declarations and by means of direct research of patients medical charts. To determine the determinative factors in the quality of life of these patients, a questionnaire was elaborated based on the instrument of evaluation of quality of life of the world health organization (Whoqol-100). **Results:** The sample was composed of 11 individuals, being 72.7% of the feminine gender, 54.5% of white race, with 72,7% of the patients with primary level of formal education. The average age $\pm$ SD =  $56,8 \pm 6,8$  years. The totality of the patients believes that the participation in the meetings of the therapeutical group had a positive effect in their quality of life. The majority (72,7%) believes that the group exerts an important social function and of leisure. The totality of the patients has found themselves more apt to keep their treatment after the participation in the meetings of the group. **Conclusions:** The participation in the therapeutical groups of the CSSGII has caused, in the patients opinion, an improvement in their quality of life, in many different aspects.

**Keywords:** Hypertension, Diabetes Mellitus, Primary Health Care, Therapeutical Groups, Quality of Life.



# SUMÁRIO

<b><u>1. INTRODUÇÃO</u></b>	9
<b><u>2. OBJETIVOS</u></b>	15
<b><u>3. MÉTODO</u></b>	16
<b><u>3.1. Amostra</u></b>	
<u>3.1.1. Critérios de Inclusão</u>	16
<u>3.1.2. Critérios de Exclusão</u>	16
<b><u>3.2. Desenho</u></b>	
<b><u>3.3. Procedimentos</u></b>	
<b><u>3.4 Aspectos éticos</u></b>	
<b><u>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO ANALÍTICA</u></b>	18
<b><u>5. CONCLUSÕES</u></b>	28
<b><u>NORMAS ADOTADAS</u></b>	29
<b><u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS</u></b>	30
<b><u>APÊNDICE</u></b>	33
<b><u>ANEXO 1</u></b>	35
<b><u>ANEXO 2</u></b>	36



# 1. INTRODUÇÃO

Hipertensão arterial e Diabetes mellitus são patologias intimamente relacionadas. Dados apontam que cerca de metade dos diabéticos já são hipertensos no momento do diagnóstico. Se não tratadas e controladas, predispõem à doença renal e aterosclerótica<sup>1</sup>.

Ambas as patologias são fatores de risco importantes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Segundo dados do Sistema de Informações de Mortalidade do Ministério da Saúde de 2000, as doenças cardiovasculares corresponderam por mais de 27% do total de óbitos, ou seja, cerca de 255.585 pessoas<sup>2</sup>. Logo, fica clara a necessidade do adequado controle desses distúrbios, seja por vias farmacológicas ou não farmacológicas.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma das patologias de maior prevalência do mundo. Dentre os distúrbios cardiovasculares, é o mais prevalente<sup>1</sup>. Somente nos Estados Unidos, cerca de 45 milhões de pessoas possuem pressão arterial elevada ou recebem tratamento para HAS<sup>3,4</sup>.

Estimasse hoje que mais da metade das pessoas com mais de 65 anos sejam hipertensas, assim como cerca de 40% dos adultos negros<sup>3</sup>. Projeta-se uma prevalência mundial de 20% de HAS<sup>5</sup>.

Até 1993, 51 estudos de prevalência de HAS foram publicados no Brasil, concentrados especialmente no sudeste, no eixo Rio-São Paulo<sup>6</sup>. Na região Sul os resultados encontrados foram heterogêneos, uma vez que a incidência encontrada variou de 1,28% a 27,1%. Essas variações se devem em grande parte a fatores metodológicos e a as diferentes definições existentes de HAS, que acabam por interferir no diagnóstico.

A hipertensão arterial é dividida em duas categorias distintas. A primeira é a chamada hipertensão arterial essencial primária ou idiopática. Sua causa é ainda pouco entendida e representa cerca de 95% dos casos de hipertensão arterial. A segunda classe é a chamada hipertensão arterial secundária. Como o nome indica, trata-se de uma hipertensão sistêmica que é secundária a uma causa conhecida.

A etiopatogenia da hipertensão essencial primária é resultado de uma soma multifatorial de fatores e os fatores genéticos são uma parte importante desta equação<sup>4</sup>. Outros fatores também relacionados ao surgimento da HAS são a hiperatividade do sistema nervoso simpático, a presença de um hormônio não conhecido que causa retenção de sódio, a ingesta exagerada de potássio e sódio pela dieta, o aumento de renina, a deficiência de

vasodilatadores como prostaglandinas, um aumento da resistência vascular periférica e o próprio diabetes melittus<sup>3</sup>. Outros fatores exacerbantes significativos são a obesidade, o uso excessivo de álcool, o tabagismo e o uso de antiinflamatórios não esteroidais<sup>3,4</sup>.

Os critérios atuais mais aceitos para o diagnóstico de HAS são baseados nos relatórios do Seventh Report of the Joint National Committee on Detection, Education and Treatment of High Blood Pressure (VII Joint)<sup>7</sup> e da Diretriz Européia para o Manejo da Hipertensão Arterial de 2003<sup>8</sup>. A TABELA 1 abaixo mostra a relação feita por estes documentos entre os níveis de pressão arterial sistólicos e diastólicos e o grau de severidade da patologia:

**Tabela 1 – VII JOINT X Diretriz Européia 2003**

Classificação VII Joint 2003	Classificação Diretriz Européia 2003	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Normal	Ótima	< 120	< 80
Pré-hipertensão	Normal	120 - 129	80 - 84
	Limítrofe	130 - 139	85 - 89
Hipertensão Estágio 1	Hipertensão	140 - 159	90 - 99
	Estágio 1 (leve)		
Hipertensão Estágio 2	Hipertensão	160 - 179	100 - 109
	Estágio 2 (moderada)		
	Hipertensão	≥ 180	≥ 110
	Estágio 3 (grave)		
Hipertensão Sistólica isolada	Hipertensão Sistólica isolada	≥ 140	< 90

Fonte: Seventh Report of the Joint National Committee on Detection, Education and Treatment of High Blood Pressure (VII Joint)<sup>7</sup> e Diretriz Européia para o Manejo da Hipertensão Arterial de 2003<sup>8</sup>.

O diabetes melittus (DM) é uma síndrome de etiologia múltipla que causa um comprometimento do metabolismo da glicose, resultando em uma hiperglicemia inapropriada decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas<sup>9,10</sup>.

Estima-se que no Brasil existam cerca de 5 milhões de diabéticos, dos quais aproximadamente a metade não tem conhecimento de sua condição. Deste número, cerca de

90% são diabéticos do tipo 2, cerca de 9% do tipo 1 e de 1 a 2% tem diabetes associado ou secundário a outras síndromes<sup>11</sup>.

As complicações do DM são bastante frequentes, em especial no Brasil. O DM é a principal causa de cegueira adquirida, de amputações não traumáticas de membros inferiores e de insuficiência renal crônica. Cerca de 30% dos pacientes que internam em unidades coronarianas com dor pré-cordial são diabéticos. Isoladamente, é a sexta causa mais frequente de internação hospitalar<sup>10, 11</sup>.

O DM pode ser classificado em diferentes categorias, como a classificação adotada pela Sociedade Brasileira de Diabetes<sup>10</sup> (TABELA 2). A etiopatogenia entre os tipos de DM são diversos. A ponte comum entre eles é a presença da hiperglicemia.

Tabela 2 – Classificação do Diabetes Mellitus.

Categoria	Definição
Tipo 1	Destruição da célula beta, geralmente ocasionando deficiência absoluta de insulina, de natureza auto-imune ou idiopática.
Tipo 2	Varia de uma predominância de resistência insulínica com relativa deficiência de insulina, a um defeito predominantemente secretório, com ou sem resistência insulínica.
Diabetes Gestacional	Intolerância a glicose iniciada ou diagnosticada pela primeira vez durante a gestação. <ul style="list-style-type: none"><li>• Defeitos genéticos funcionais da célula beta</li><li>• Defeitos genéticos na ação da insulina</li><li>• Doenças do pâncreas exócrino</li><li>• Endocrinopatias</li></ul>
Outros tipos específicos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Induzidos por fármacos e agentes químicos</li><li>• Infecções</li><li>• Formas incomuns de diabetes imuno-mediado</li><li>• Outras síndromes genéticas geralmente associadas ao diabetes</li></ul>

FONTE: Diagnóstico e Classificação do Diabetes Mellito e Tratamento do Diabetes Mellito do Tipo 2, Sociedade Brasileira de Diabetes ([http://www.diabetes.org.br/Diabetes/info\\_medicos/consenso/Consenso\\_atual\\_2002.pdf](http://www.diabetes.org.br/Diabetes/info_medicos/consenso/Consenso_atual_2002.pdf)).

Graças ao maior entendimento da etiologia e fisiopatologia dessas doenças, houve avanços notáveis no tratamento dessas doenças. Estes avanços resultaram em um aumento significativo da sobrevida desses pacientes. Com o controle adequado do tratamento, associado a mudanças dos hábitos de vida, é possível prolongar em muito a expectativa de vida dessas pessoas. Entretanto, alguns estudos apresentados demonstram que algumas vezes os tratamentos anti-hipertensivos podem apresentar efeitos negativos sobre o bem-estar geral do paciente<sup>12</sup>.

Uma vez atingido o objetivo da sobrevida, torna-se de extrema relevância a melhora da qualidade de vida. A fim de atingir esta meta, faz-se necessário que não só os profissionais de saúde, mas também os pacientes entendam sua doença e a importância da adequada manutenção do tratamento.

É principalmente neste íterim que os grupos terapêuticos tentam atuar. A dinâmica de grupos operativos foi desenvolvida por Pichon-Riviere. Para ele, o uso de grupos consiste em uma técnica de trabalho coletivo, cuja finalidade é um processo aprendizagem<sup>13</sup>.

A utilização desses grupos operativos vem se tornando mais comum após a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF). De acordo com dados da Prefeitura Municipal de Florianópolis, atualmente existem 48 unidades de saúde básica<sup>14</sup> e estas unidades respondem pelo tratamento e assistência médica da grande maioria do grupo de doentes em questão.

Os grupos trabalham através de dinâmicas, que tentam envolver o paciente e facilitar o processo terapêutico, através do fornecimento de informações referentes a como conviver com essas doenças crônicas. Ao mesmo tempo, o grupo se torna uma rede de apoio, aonde pessoas com problemas semelhantes, de uma população semelhante, podem dividir experiências.

Esse trabalho tenta analisar como esses grupos terapêuticos interferem na vida das pessoas que nele participam, através da análise de suas declarações, através do método da dialética-hermeneutica, proposto por Minayo em 1993.

## **2. OBJETIVOS**

São dois os objetivos primários deste trabalho:

1. Avaliar características demográficas e socioeconômicas da população estudada
2. Avaliar, através de entrevistas pessoais, como a participação nos grupos terapêuticos de hipertensos e diabéticos do C.S. Saco Grande II interferiu na qualidade de vida destes indivíduos.

## **3. MÉTODO**

### **3.1. Amostra**

A amostra foi composta por um número total de 11 pacientes, integrantes dos Grupos Terapêuticos de Hipertensos e Diabéticos do Centro de Saúde Saco Grande II. Todos os participantes convidados a participar da pesquisa foram informados do caráter da mesma e de sua finalidade. Os participantes forneceram sua concordância através de um consentimento informado (ANEXO 1).

#### **3.1.1. Critérios de Inclusão**

- Diagnostico firmado, de acordo com critérios atuais, de HAS ou DM.
- Ser paciente do atendido pelo C.S. Saco Grande II, da rede de atenção primária do município de Florianópolis.
- Participação, por pelo menos dois anos, das reuniões mensais dos grupos terapêuticos de diabéticos e hipertensos do C.S. Saco Grande II.
- Aceitação do paciente através do termo de consentimento informado.

#### **3.1.2. Critérios de Exclusão**

- Não concordância na participação da pesquisa.
- Participação por menos de 2 anos das atividades e reuniões do grupo terapêutico de diabéticos e hipertensos do C.S. Saco Grande II.
- Diagnostico de HAS ou DM incertos ou que não estejam de acordo com os critérios diagnósticos atuais.

### **3.2. Desenho**

Este é um estudo observacional, descritivo, transversal, com caráter analítico.



### **3.3. Procedimentos**

Os dados foram coletados através da gravação em áudio da entrevista realizada como questionário de perguntas abertas, focalizadas e centradas no problema em discussão, conforme modelo proposto por Minayo. Os participantes foram orientados a fornecer respostas livres as questões, sem a interferência do entrevistador. O protocolo de pesquisa (APÊNDICE) foi modificado a partir do instrumento de avaliação de qualidade de vida da organização mundial da saúde (WHOQOL-100 – ANEXO 2), ao qual foram adicionados questionamentos específicos sobre a influência do grupo terapêutico na mesma. Deve-se deixar claro que o protocolo de pesquisa serviu como um guia da entrevista, dando liberdade ao pesquisador de adequar a linguagem das questões àquela dos próprios pacientes. Da mesma forma, as transcrições das falas dos entrevistados são, por vezes, alteradas para o melhor entendimento, tentando-se preservar ao máximo o sentido que o paciente intencionava transmitir<sup>15, 16</sup>.

### **3.4 Aspectos éticos**

Antes de iniciada a coleta de dados, foi explicado aos pacientes o caráter voluntário da sua participação, deixando-os livres para recusarem a participar ou abandonarem a entrevista em qualquer momento, bastando comunicar ao pesquisador tal decisão.

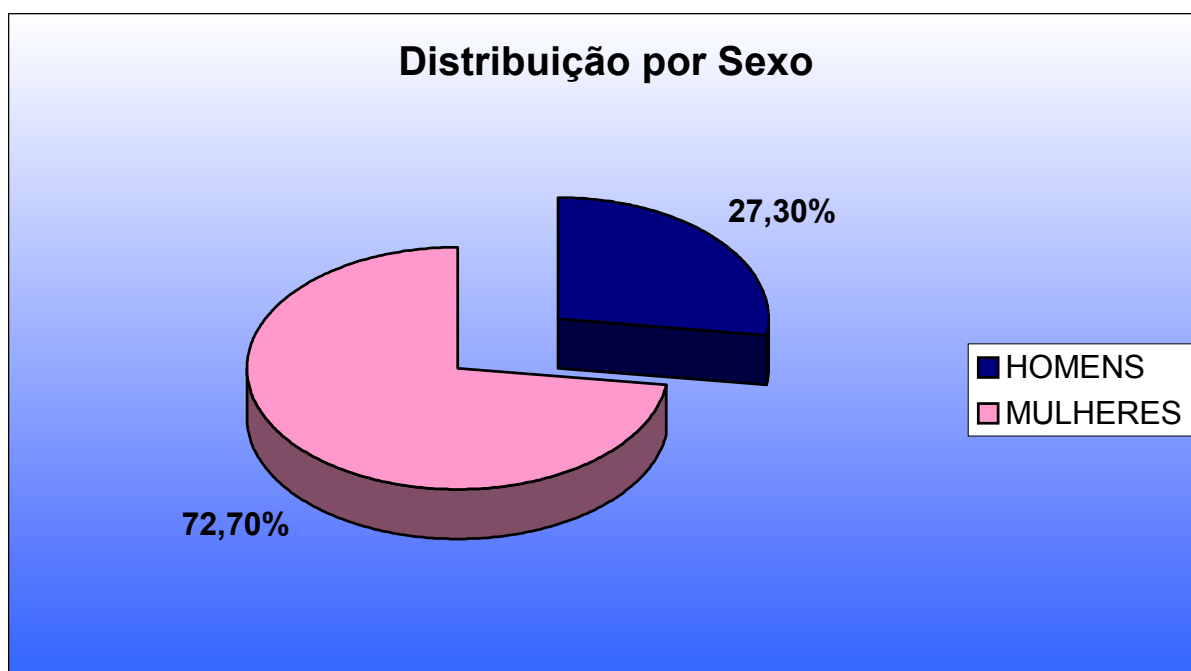
Não houve riscos para os pacientes, uma vez que não foram feitas intervenções. A pesquisa consistiu na coleta de dados objetivos dos prontuários dos pacientes e de entrevistas pessoais realizadas pelo próprio entrevistador

Os dados foram arquivados de forma confidencial, de forma que apenas o pesquisador tenha acesso e a identidade dos pacientes foi omitida dos registros, a fim de resguardar a privacidade dos pacientes.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO ANALÍTICA

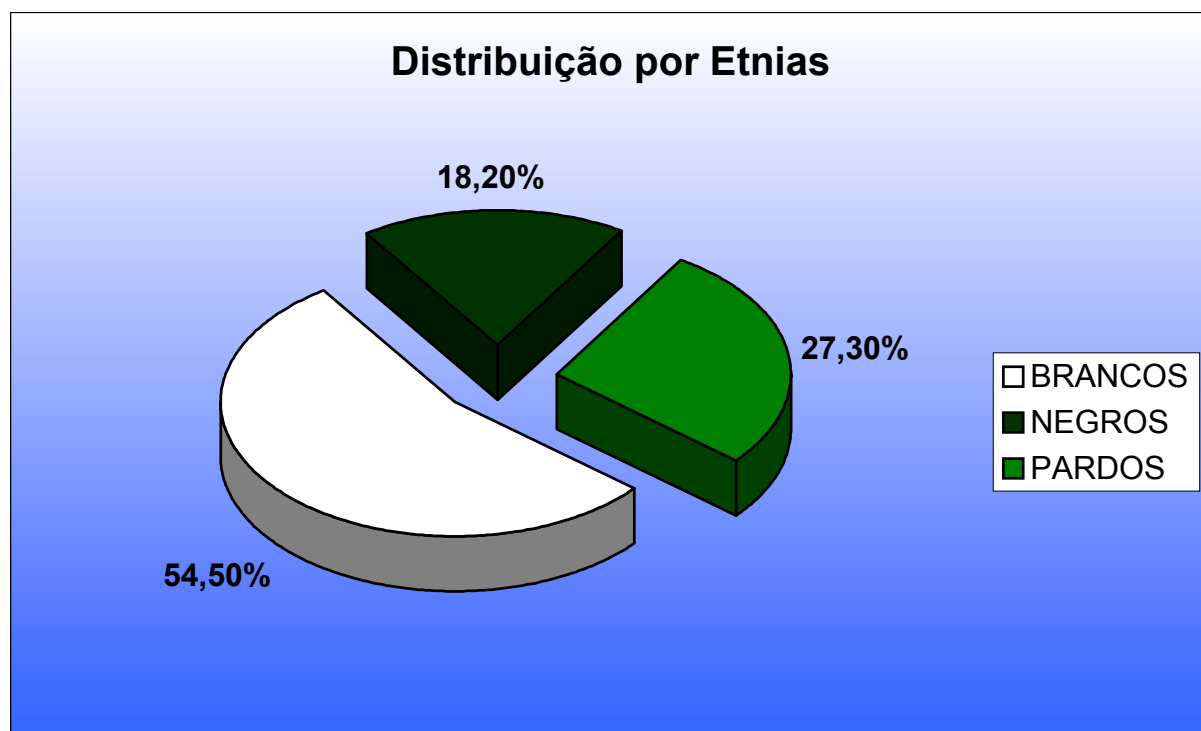
Neste capítulo são descritos os resultados encontrados na pesquisa realizada, que podem ser divididos em dois grupos ou seções. O primeiro referente aos dados objetivos: idade, sexo, etnia, estado civil, escolaridade, renda familiar e estado ocupacional. A segunda parte dos resultados é o objetivo principal do trabalho e é referente às percepções pessoais dos entrevistados quanto do papel do grupo terapêutico na alteração da qualidade de suas vidas.

O numero total de pacientes entrevistados foi de 11 pacientes, sendo que 8 (72,7%) eram do sexo feminino e 3 (27,3%) do sexo masculino (GRÁFICO 1), apresentando-se desta forma um grupo com predominância do gênero feminino. A idade média dos pacientes foi de 56,81 (DP± 6,8).



**GRÁFICO 1** – Distribuição de sexo entre pacientes  
Fonte: dados coletados pelo próprio autor, 2004.

Quanto à etnia, constatou-se que 6 (54,5%) eram brancos, 2 (18,2%) eram negros e 3 (27,3%) eram pardos (GRÁFICO 2). Não foram encontradas outras etnias. Assim como é realizado pelos censos populacionais, os próprios pacientes entrevistados definiram sua etnia, a fim de manter a homogeneidade dos dados.



**GRÁFICO 2** – Distribuição étnica entre pacientes  
Fonte: dados coletados pelo próprio autor, 2004.

No que refere os aspectos socioeconômicos, encontrou-se uma maioria de pacientes casados ou em união estável com 9 indivíduos (81,8%) e apenas 2 pacientes solteiros ou viúvos (18,2%).

Apenas 1 dos pacientes era analfabeto (9,1%), 8 possuíam nível primário de ensino (72,7%) e 2 tinham cursado o ensino secundário (18,2%). Quanto à atividade ocupacional, 5 indivíduos eram aposentados (45,5%) e 6 pacientes mantinham suas atividades laborais (54,5%). Esses números demonstram uma realidade desta população quanto ao acesso e as oportunidades de autmelhoramento: poucos anos de educação formal, nenhum entrevistado com curso superior.

Segundo dados do IBGE<sup>17</sup>, na região sul 20,27% das famílias possui um rendimento de até 600 reais mensais. Um percentual de 31,32% das famílias tem um rendimento mensal entre 600 e 1200 reais e 48,42% tem um rendimento superior a 1200 reais. Esses valores foram estabelecidos a partir do valor do salário mínimo em 15 de janeiro de 2003, quando o mesmo era equivalente a 200 reais. Desta forma, as faixas de rendimento são: até 3 salários-mínimos, de 3 a 6 salários-mínimos e acima de 6 salários mínimos. Os valores encontrados na amostra foram, como segue: 4 (36,4%) pacientes tinham renda de até 600 reais, 6 (54,5%)

ganhavam de 600 a 1200 reais e 1 (9,1%) paciente tinha renda superior a 1200 reais. Esses dados são resumidos de forma ilustrativa na TABELA 3.

**TABELA 3 – Fatores socioeconômicos da amostra**

<b>FATOR SOCIOECONÔMICO</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Casados/União Estável	9	81,8
Solteiros/Viúvos	2	18,2
<b>ESCOLARIDADE</b>		
Analfabetos	1	9,1
Primário	8	72,7
Secundário	2	18,2
<b>ATIVIDADE OCUPACIONAL</b>		
Ativo	6	54,5
Aposentado	5	45,5
<b>RENDA FAMILIAR</b>		
Até 600 reais	4	36,4
Entre 600 e 1200 reais	6	54,5
Acima de 1200 reais	1	9,1

Fonte: dados coletados pelo próprio autor, 2004.

A segunda parte dos resultados é referente à parte subjetiva da pesquisa. Nessa parte do protocolo, como foi explicado previamente, eram feitas perguntas e os pacientes respondiam com suas declarações de forma aberta.

Em relação ao primeiro questionamento (*“Você acredita que, de uma forma geral, a participação no grupo terapêutico alterou sua qualidade de vida? Caso sim, de que forma?”*), todos os 11 pacientes entrevistados responderam que sua qualidade de vida foi alterada de forma positiva. Quando indagados de que forma, 6 pacientes coincidiram na opinião de que o conhecimento de que outros indivíduos compartilhavam problemas semelhantes aos deles próprios lhes transmitia uma sensação de tranquilidade ou conformação. Esta idéia foi expressa da seguinte forma por um dos entrevistados:

*“Sabe como é que é, né? A gente fica mais tranqüilo sabendo que tem mais gente na mesma situação que a gente”. (Entrevistado nº 2).*

*“É sempre bom saber que tem mais gente no mesmo ‘pepino’ que eu”. (Entrevistado nº 7).*

Outros 3 pacientes afirmaram que o melhor entendimento da sua condição, transmitido nessas reuniões, dava-lhes igualmente certa tranquilidade. Como foi declarado por um dos pacientes:

*“Quando eu comecei a entender um pouquinho melhor o que está acontecendo comigo, eu fiquei com um pouco menos de medo da doença”. (Entrevistado nº 8).*

Quando perguntados sobre a função que o grupo terapêutico exercia para eles, individualmente, os entrevistados tiveram respostas diversas:

*“É uma chance de sair de casa e fazer alguma coisa diferente”. (Entrevistado nº 4).*

*“Eu vou lá, me divirto quando tem um bingo, quando tem uma caminhada. De ‘lambuja’, eles vêem a minha pressão e me dão uma receitinha quando eu preciso”. (Entrevistado nº 6).*

*“Pra mim, é sagrado. É o dia do mês que é pra mim... Eu vou cuidar de mim e me divertir com os outros no grupo”. (Entrevistado nº 5).*

*“É divertido a maioria das vezes... E é um jeito mais fácil da gente ser atendido no posto, porque marcar consulta às vezes é difícil e demora”. (Entrevistado n° 2).*

De uma forma geral, os pacientes encaram a participação do grupo mais como uma atividade de lazer do que uma obrigação. Mas também se pode perceber que a participação no grupo é também uma via de acesso alternativa à prestação de serviços que, de outra forma, só seriam conseguidos através da marcação de uma consulta.

Quanto ao terceiro questionamento (*“Após a participação das reuniões, você sente que compreende melhor sua doença?”*), a totalidade dos entrevistados respondeu afirmativamente, ainda que alguns não se sintam totalmente esclarecidos, como ilustrado por um dos pacientes:

*“Eu ainda não entendo direito esse diabetes, mas hoje eu sei muito mais do que antes”. (Entrevistado n° 3).*

*“Olha, antes eu nunca sabia o que tava acontecendo. O médico fazia umas perguntas, me examinava e daí dizia que eu não podia comer sal e tinha que tomar o remédio. No grupo eles têm mais paciência de explicar as coisas pra gente e às vezes as perguntas que os outros fazem é dúvida da gente também”. (Entrevistado n° 10).*

Isso demonstra algo bem comum na prática diária: os doentes não compreendem sua doença, por que ela ocorre e como ocorre. Nas Américas, o número de indivíduos com diabetes foi estimado em 35 milhões para o ano 2000<sup>18</sup>. Em frente a essa grande prevalência, era de se esperar que uma doença como o diabetes, não fosse tão pouco conhecida pela população.

Mas não é difícil de imaginar que essa seja uma dificuldade encontrada por alguns profissionais, uma vez que levar entendimento de uma patologia que requer conhecimentos científicos mais elaborados, para uma população leiga, requer certo grau de habilidade pedagógica e didática.

O quarto questionamento fazia referência à possível mudança de atitude do paciente frente a sua doença. As respostas foram similares e, com a exceção de um entrevistado, unânimes em seu espírito. Dez dos indivíduos afirmaram que, após participarem das reuniões,

consideravam o tratamento mais importante que no passado. Algumas das declarações são transcritas abaixo, sendo a terceira a única opinião destoante entre os entrevistados:

*“Ah, hoje eu levo bem mais a sério o tratamento. Antes, se eu não sentia nada, nunca tomava o remédio”. (Entrevistado nº 1).*

*“Quando eu aprendi como podia ficar complicada a minha situação, eu comecei a cuidar mais de mim”. (Entrevistado nº 6).*

*“Eu acho que não mudou nada... Eu já me cuidava direitinho antes de entrar no grupo”. (Entrevistado nº 7).*

Essa mudança de atitude demonstrada pode ser interpretada como uma consequência lógica e natural do melhor entendimento que esses pacientes possuem sobre seu problema de saúde em relação ao passado. A opinião do entrevistado número 1 mostra um dilema freqüente no tratamento da hipertensão arterial. Como muitas vezes esta é uma doença silenciosa, o ceticismo quanto ao tratamento é grande, dado a seu resultado impalpável e, por vezes, de seus desagradáveis efeitos secundários<sup>19</sup>.

Em estudo publicado no ano de 1999 em São Paulo com pacientes não-aderentes ao tratamento anti-hipertensivo<sup>20</sup>, demonstrou que as principais causas referidas pelos pacientes para o não-seguimento do tratamento foram, por ordem de freqüência, esquecimento, ausência de sintomas e falta de orientação médica. Outros estudos chegaram a conclusões semelhantes<sup>19, 21, 22</sup>.

Deve se lembrar que a taxa de aderência em longo prazo do tratamento é pequena. Dados apontam uma taxa de adesão em um ano de seguimento de 26% no Reino Unido<sup>23</sup>.

A quinta questão do protocolo de pesquisa faz referência ao aparecimento de sintomas. Com a exceção de dois entrevistados que se declararam assintomáticos, tanto antes de diagnóstico quanto atualmente, todos os outros pacientes referiram uma diminuição da ocorrência dos sintomas. Ainda mais, quatro pacientes referiram ausência de sintomas por pelo menos 6 meses. Abaixo, amostras de suas falas:

*“Demora para a gente notar, mas a gente vê que depois de um tempo que a gente começa a fazer o tratamento direitinho, a gente se incomoda menos com a doença”. (Entrevistado nº 9).*

*“Antes me dava um mal-estar, uma tontura, eu tremia... Agora que eu ‘tô’ controlando o açúcar direito e tomando o remédio, eu não ‘tô’ sentindo mais nada”.*(Entrevistado n° 3).

Dois dos entrevistados se declaram assintomáticos. Abaixo a declaração de um deles:

*“Pra falar a verdade, eu nunca senti nada antes de entrar no grupo. Na época que eu descobri minha pressão, foi porque eu tava na consulta por outro motivo. Daí quando a doutora foi me examinar, ela me disse que eu ‘tinha pressão’”.*  
(Entrevistado n° 1).

Como já foi citado, o fato de dois pacientes da amostra referir não apresentar sintomas antes do descobrimento da hipertensão arterial justifica-se, uma vez que esta é uma doença geralmente assintomática<sup>18, 24</sup>.

Da mesma forma, no Brasil, o Estudo Multicêntrico sobre Prevalência de Diabetes Mellitus encontrou uma prevalência geral da doença de 7,6% em pessoas de 30 a 69 anos. Destas, metade não tinha conhecimento de ser portadora da doença e, das previamente diagnosticadas, 22% não faziam nenhum tratamento<sup>25</sup>.

A questão seguinte era referente ao nível de independência dos pacientes em relação à necessidade de auxílio médico. Abaixo algumas das respostas:

*“Agora quando eu tenho uma dúvida, ou só preciso de uma receita, eu não preciso entrar na fila e marcar uma consulta. Ficou mais fácil de ser atendido depois que eu entrei no grupo”.* (Entrevistado n° 5)

*“Agora que a gente está mais informada, não tem tanta dúvida como antes. Quando eu comecei a entender um pouquinho melhor o que está acontecendo comigo, eu fiquei com um pouco menos de medo da doença. Esse grupo pra mim foi um santo remédio. Hoje me sinto bem melhor que antes e olha que eu estou 2 anos mais velha do que quando eu entrei no grupo”.* (Entrevistado n° 8).

*“Ah, bem menos. Hoje em dia eu só vou no posto umas 2 vezes no mês pra tirar a pressão e pra ir nas reuniões do grupo”.* (Entrevistado n° 4).



BARRON-RIVERA *et al*, 1998 publicaram um estudo que demonstrou que a qualidade de vida geral desses pacientes hipertensos é melhorada através de medidas educacionais de grupo. Os pacientes se tornam mais seguros, independentes e tendem a apresentar mudanças nos domínios de raciocínio, memória e participação social<sup>26</sup>. Esse grupo pareceu demonstrar as mesmas alterações, segundo os relatos. Os entrevistados se declararam mais confiantes em relação à doença e referiram uma autoimagem melhor.

O questionamento seguinte fazia alusão aos sentimentos do paciente em relação à doença. Dos 11 entrevistados, 6 relataram preocupação ou medo em relação a evolução ou complicação da doença. Outros 4 demonstraram sentimentos de angústia ou tristeza e 5 pacientes referiram que a doença representava um incômodo, obstáculo ou restrição de suas vidas. Eis algumas respostas:

*“É uma droga. Às vezes eu fico bem incomodada. Porque todo mundo me diz que não tem cura, só tratamento... E eu vou ter que ficar fazendo dieta e tomando comprimido o resto da vida?”. (Entrevistado nº 10).*

*“Hoje eu não enxergo mais por causa do diabetes. Agora eu fico dependendo dos meus filhos... Eu tento fazer as coisas sozinha, mas é difícil”. (Entrevistado nº 3).*

Outros estudos mostraram que pacientes com essas patologias geralmente acalentam sentimentos negativos para com a doença<sup>20, 27</sup>. Não é surpresa que os pacientes dêem declarações desse tipo. São duas doenças crônicas cujo tratamento infere em restrições dos hábitos de vida e uma preocupação constante com possíveis complicações. Além disso, como no caso do entrevistado nº 3, pode causar seqüelas irreversíveis que deterioram em muito a qualidade de vida.

A próxima pergunta remete a quem a paciente se dirigia quando necessitava de apoio psicológico (*“Com quem você conversa quando está preocupado ou aflito?”*). A grande maioria (81,2%) referiu a família ou seu companheiro como principal referencial. Para outros dois pacientes, o próprio grupo servia como apoio:

*“Quando me ataca os nervos é a minha irmã que vem conversar comigo. Ela faz um chá, a gente conversa e eu descarrego tudo. Quando a gente tira tudo do peito, a gente já sente um pouco melhor”. (Entrevistado nº 8).*

*“A minha filha é que me ajuda mais. Ela tem pressão alta e está no grupo também. A gente conversa uma com a outra quando está nervosa.” (Entrevistado nº 3).*

*“Antes de o meu marido falecer, ele que me acalmava. Agora quando eu estou em dúvida e preocupada, eu deixo para perguntar nas reuniões do grupo. Às vezes tem alguém passando a mesma dificuldade que eu” (Entrevistado nº 10)*

Já foi demonstrada em outros estudos a importância do apoio familiar para esses pacientes. Em estudo com diabéticos publicado no México em 1997, foi demonstrado que o suporte familiar auxilia não só a do ponto de vista psicológico, mas também interfere no controle glicêmico destes indivíduos<sup>28</sup>. Da mesma forma, em 2001, outro estudo mexicano chegou a conclusão que pacientes hipertensos que contam com o apoio familiar no seu dia-a-dia, apresentam uma taxa de aderência significativamente maior que aqueles que não possuem esse recurso<sup>29</sup>.

O que se destaca entre essas declarações é que o grupo, para dois dos pacientes, tornou-se a sua principal fonte de suporte psicológico. Isto fala a favor da característica multidisciplinar que estes grupos devem, ou ao menos deveriam, possuir. Os pacientes de um grupo apresentam necessidades diferentes e assistentes do grupo devem estar preparados para atender essa demanda.

A última pergunta do protocolo tinha a intenção de aferir o papel do grupo como atividade social e de lazer. Todos os pacientes referiram que a participação nas reuniões do grupo tem papel social. Cinco pacientes referiram que aguardam com ansiedade pelas reuniões do grupo:

*“Eu adoro ir para as reuniões. Como eu te disse antes, é uma chance de sair de casa e fazer alguma coisa diferente. A gente está sempre inventando alguma coisa como um bingo ou um lanche. E eu conheci um monte de gente nas reuniões”. (Entrevistado nº 4)*

*“É ótimo, muito bom... Pra ti ver, esse mês tem um bingo dos dias das mães. No mês que vem a gente vai fazer uma festa junina, com quentão e tudo. A gente ri um monte nessas festas. A gente sai da rotina”. (Entrevistado nº 2)*

*“Eu fiz vários amigos no grupo.(...) e eu gosto muito da doutora Renata (Borges, médica do Posto de Saúde)“. (Entrevistado n° 9).*

Apesar de a proposta principal dos grupos não ser essa, a realização desses pacientes é uma importante parte da sua qualidade de vida. O fato de que essas reuniões se tornam um prazer ao invés de uma obrigação, acarreta em uma maior aderência por parte dos participantes, atuando de forma dupla em sua qualidade de vida. Primeiro, como uma forma de divertimento e entretenimento e segundo, como instrumento para melhora de sua saúde física.

## **5. CONCLUSÕES**

Com base nas informações adquiridas e de uma análise crítica desses dados, e admitindo as limitações do estudo devido ao tamanho da amostra investigada, chegamos as seguintes conclusões:

1. A amostra estudada apresenta-se como uma população de baixa renda e com baixo grau de educação formal. Houve um predomínio do gênero feminino. Os indivíduos, em sua maioria, vivem em união estável ou são casados.
2. A participação nos grupos terapêutica do CSSGII causou, na opinião dos pacientes, uma melhoria na sua qualidade de vida, nas diferentes esferas de influência investigadas.

## **NORMAS ADOTADAS**

Neste trabalho foram utilizadas as normas descritas na RESOLUÇÃO nº. 001/2001 - NORMATIZAÇÃO PARA OS TRABALHOS DE CONCLUSÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA, da Universidade Federal de Santa Catarina, aprovada em 05 de julho de 2001, pelo Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Franco RJS, Zanella MT. Hipertensão e Diabetes: complicações e tratamento [Fascículo]. Guanabara, 2004.
2. Machado CA. Plano de combate: hipertensão e diabetes. Jornal da Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2002 – Jan-Fev.
3. Bennett JC, Blum F et al. Cecil Tratado de Medicina Interna. 20ª edição. São Paulo: Guanabara Koogan, 1997. Vol. 1, p 285-301.
4. Tierney LM, Mcphee SJ, Papadakis MA, et al. Current Medical Diagnose & Treatment 1998. 37ª edição. New Jersey: Prentice Hall, 1998. p. 429-447.
5. Sharma S. Hypertension. Emedicine: instant access to the minds of medicine. [Capturado em 17 abr 2004]. Disponível em: <http://www.emedicine.com/med/topic1106.htm>. Publicado em 2003.
6. Olmos RD, Lotufo PA. Epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil e no mundo. Rev Bras de Hipertens 9: 21-23, 2002.
7. The Seventh Report of the Joint National Committee on Detection, Education and Treatment of High Blood Pressure. JAMA 2003; 289:2560-72.
8. 2003 European Society of Hypertension – European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. Journal of Hypertension 2003, 21:1011–1053.
9. Tierney LM, Mcphee SJ, Papadakis MA, et al. Current Medical Diagnose & Treatment 1998. 37ª edição. New Jersey: Prentice Hall, 1998. p. 1095-1137.
10. Sociedade Brasileira de Diabetes: Consenso brasileiro sobre diabetes: diagnóstico e classificação do Diabetes mellitus e tratamento do Diabetes mellitus Tipo 2 de 2000. [Capturado em 2004 fev 22]. Disponível em: [http://www.diabetes.org.br/Diabetes/info\\_medicos/consenso/cons\\_set.html](http://www.diabetes.org.br/Diabetes/info_medicos/consenso/cons_set.html)
11. Prado FC, Ramos JA, Valle JR, et al. Atualização Terapêutica: Manual prático de diagnóstico e tratamento. 19ª edição. São Paulo: Artes Médicas, 1999. p 563-573
12. Silva MAD. Qualidade de vida e doenças cardiovasculares. In: Porto CC, editors. Doenças do coração, prevenção e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p.36-42

13. Torres HC, Hortale VA, Schall V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. Cad Saúde Pública vol 14 no. 4. Rio de Janeiro Julho/Agosto 2003.
14. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Saúde: Organização dos serviços e do gerenciamento de saúde [capturado em 2004 mar 6]. Disponível em: [http://www.pmf.sc.gov.br/saude/perfil\\_saude/perfil\\_saude\\_ind\\_1.htm](http://www.pmf.sc.gov.br/saude/perfil_saude/perfil_saude_ind_1.htm).
15. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L e Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref" Rev. Saúde Pública vol.34 n.2 São Paulo Apr. 2000
16. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad. Saúde Pública vol.20 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2004
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA [capturado em 2004 mar 16]. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?z=p&o=8>.
18. Sartorelli DS, Franco LJ. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. Cad. Saúde Pública vol.19 suppl.1. Rio de Janeiro, 2003.
19. Coelho AM, Coelho R, Barros H, Rocha-Gonçalves F, Reis-Lima MA. Hipertensão arterial essencial: psicopatologia, *compliance* e qualidade de vida. Rev. Port. Cardiol. 14(11): 873-883, 1997.
20. Magro MCS, Silva EV, Riccio GMG. Percepção do hipertenso não-aderente à terapêutica medicamentosa em relação a sua doença. Rev. Soc Cardiol Estado de São Paulo, 1999;1(supl A): 1-10.
21. Lessa I, Fonseca J. Raça, aderência ao tratamento e/ou consultas e controle da hipertensão arterial. Arq Bras Cardiol, Vol 68(nº 6), 443-449, 1997
22. Hafe PV, Andrade MJ, Fernando PB et al. Prevalência, conhecimento, tratamento e controlo da hipertensão arterial no Porto, Portugal. Rev Port Cardiol 16(9): 683-690, 1997.
23. Bovet P, Burnier M, Madeleine G, Waeber B e Paccaud F. Monitoring one-year compliance to antihypertension medication in the Seychelles. Bull World Health Organ vol.80 no.1 Genebra 2002

24. Peres DS, Magna JM, Viana LA. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. Rev. Saúde Pública vol. 37 no. 5 São Paulo Oct. 2003.
25. Assunção MCF, Santos IS e Gigante DP. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. Rev. Saúde Pública vol.35 no.1 São Paulo Feb. 2001.
26. Barrón-Rivera AJ, Torreblanca-Roldán FL, Sánchez-Casanova LI, Martínez-Beltrán M. Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso. Salud pública Méx vol.40 n.6 Cuernavaca Nov./Dec., 1998.
27. Bulpitt CJ. Quality of life in antihypertensive patient. In: Amery A, ed. Hypertensive Cardiovascular Disease: Pathophysiology and Treatment. Boston: Kluwer, 1982; p. 929-948.
28. Rodríguez-Morán M, Guerrero-Romero JF. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. Salud pública Méx vol.39 n.1 Cuernavaca Jan./Feb., 1997
29. Marín-Reyes F, Rodríguez-Morán M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Salud pública. Méx vol.43 no.4 Cuernavaca July/Aug. 2001



# APÊNDICE

## PROTOCOLO DE PESQUISA

### 1. Dados Objetivos:

01 - Idade:		
02 - Sexo:	Masc. (....)	Fem (....)
03 - Raça:	Branco (....) Mulato (....)	Negro (....)
04 - Estado Civil:	Solteiro/Viúvo (....)	Casado/Acomp (....)
05 - Escolaridade:	Não-alfabetizado (....) Secundário (....)	Primário (....) Superior (....)
06 - Aposentado:	SIM (....)	NÃO (....)
07 - Renda Familiar:	Até R\$600,00 (....) > 1.200,00 (...)	R\$601,00 a 1.200,00 (....)

### 2. Dados Subjetivos:

#### I – Domínio: Geral

- a) Você acredita que, de uma forma geral, a participação no grupo terapêutico alterou sua qualidade de vida? Caso sim, de que forma?
- b) Qual a função, para você, dos grupos terapêuticos?

#### II – Domínio: Saúde Física

- c) Após a participação das reuniões, você sente que compreende melhor sua doença?
- d) A participação no grupo alterou sua atitude em relação à necessidade de seguir o tratamento indicado pelo médico?
- e) Em comparação ao período anterior a sua participação no grupo, você acha que houve redução, aumento ou não houve alteração no aparecimento de sintomas de sua doença?

### **III – Domínio: Nível de Independência**

- f) Você se sente mais ou menos dependente hoje de auxílio médico do que no período prévio a sua participação no grupo?

### **IV – Domínio: Saúde Psicológica**

- g) Como você se sente em relação a sua doença?
- h) Com quem você conversa quando está preocupado ou aflito?

### **IV – Domínio: Relações Sociais**

- i) Você encara a participação do grupo como uma atividade social ou de lazer?

## **ANEXO 1**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO:**

**Declaro estar ciente do caráter e do propósito da pesquisa realizada pelo Sr. Daniel Mello, acadêmico do curso de Graduação de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, número de matrícula 99154200, e o autorizo a utilizar as informações por mim fornecidas através de entrevista, assim como aquelas contidas em meu prontuário médico, salvo os dados de identificação pessoal, com propósito exclusivo de pesquisa médica.**

---

**Assinatura**

**Nome do Paciente:**

## ANEXO 2

Resumo do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100)

DOMÍNIO	FACETAS INCORPORADAS DENTRO DOS DOMÍNIOS
.	<ul style="list-style-type: none"><li>Qualidade geral de vida e saúde</li></ul>
1. Saúde Física	<ul style="list-style-type: none"><li>Disposição e fadiga</li><li>Dor e desconforto</li><li>Sono e repouso</li></ul>
2. Saúde Psicológica	<ul style="list-style-type: none"><li>Imagem Corporal e aparência</li><li>Pensamentos negativos</li><li>Pensamentos positivos</li><li>Auto-estima</li><li>Pensamento, aprendizagem, memória e concentração.</li></ul>
3. Nível de Independência	<ul style="list-style-type: none"><li>Mobilidade</li><li>Atividades Cotidianas</li><li>Dependência de medicamentos e auxílio médico</li><li>Capacidade laboral</li></ul>
4. Relações Sociais	<ul style="list-style-type: none"><li>Relações pessoais</li><li>Atividades Sociais</li><li>Atividade sexual</li></ul>
5. Ambiente	<ul style="list-style-type: none"><li>Recursos financeiros</li><li>Liberdade, integridade física e segurança</li><li>Acesso e nível de qualidade dos serviços de saúde</li><li>Ambiente doméstico</li><li>Oportunidades para adquirir novos conhecimentos e habilidades</li><li>Participação e oportunidade para recreação e lazer</li><li>Ambiente Físico (poluição, clima, barulho e trânsito)</li></ul>

---

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Transporte</li></ul>
6. Espiritualidade/Religião/Crenças Pessoais	<ul style="list-style-type: none"><li>• Espiritualidade/Religião/Crenças Pessoais</li></ul>

---